**COOPERATIVA DOS MÉDICOS ANESTESIOLOGISTAS DO CEARÁ – COOPANEST-CE**

**CNPJ 11.807.245/0001-41**

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO PARA PLANO DE AUXÍLIO MÚTUO**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,CPF nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CRM-CE nº:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na condição de cooperado, autorizo expressamente a Cooperativa dos Médicos Anestesiologistas do Ceará – COOPANEST-CE, CNPJ 11.807.245/0001-41, quando de meu falecimento, pagar as pessoas abaixo indicadas (beneficiários), nas devidas proporções (%) por mim estabelecidas, a título de AUXÍLIO MÚTUO, conforme restou deliberado na Assembleia Geral Extraordinária realizada no dia 20 de Setembro de 2017.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOME DO BENEFICIÁRIO | GRAU DE PARENTESCO | PERCENTUAL (%) |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |

Fortaleza (CE), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024.

|  |
| --- |
|  |
| Assinatura e carimbo |